

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

11/06/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5767 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre : VNAK

Nom & Prénom : Zel RBT MAHIL

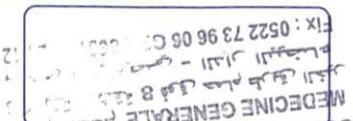
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/06/2022

Nom et prénom du malade : MAHIL FIMehdi Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Rhinite Gastral Age : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- N° 001728

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/05/22	C	11	160,-	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/05/22	DR. ALEXANDRE GHOFRANE DR. ALEXANDRE GHOFRANE RUE 2 Maitier au vous tout bernoussi 302,80

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b>
				<b>FIN D'EXECUTION</b>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DATE DU DEVIS</b>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 B 00000000	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DATE DU DEVIS</b>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Abdessamî BENADADA**

الدكتور عبد السميم بن أعدمة

## Médecine Générale



الطب العام

## Diplôme Médecine du Sport

دبلوم الطب الرياضي

الدار البيضاء في : 16/05/2022 Casablanca, le :

MAHIL ELMEHDI

MB<sub>100</sub> - Zamora ~~100~~ 18h 10 fm

25,-  
92 - RinoKes 18 ha 80 000

Amo  $x_2$  - Polym  $\xrightarrow{P}$  a 30 3h

220 - class 1488M

16 زنقة 4 فوق حمام طريق الخير س. البرتوصي البيضاء الهاتف : 06 61 07 24 12 - 05 22 73 96 06

16 Rue 4 , Dessus Hamam Tarik Lkhair, S. Bernoussi - Casablanca

Tél. 05 22 73 96 06 - 06 61 07 24 12

16 Rue 4 , Des  
P. H. R. I. Q. U. A. I. A. L. C.

~~RUE 210 C 10~~

## Partier A

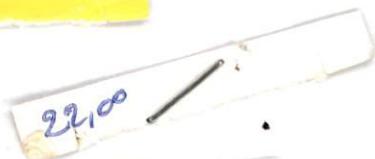
## Casablanca

miss 30280

PPV:116DH00

PHARMA<sup>5</sup>  
LOT :2560  
UT.AV :07-24  
PPV :21DH00

PHARMA<sup>5</sup>  
LOT :2560  
UT.AV :07-24  
PPV :21DH00



MOTILIUM 1MG/ML  
SUSP BUV FL 200 ML

P.P.V :40DH80

6 118000 011040

LOT 210385  
EXP 12/2023  
PPV 52.80DH